

Solicitud de exención de pago por responsabilidad compartida para personas que experimentan adversidades

LO QUE DEBE SABER



Use esta solicitud para pedir una exención de pago por responsabilidad compartida

- A partir de 2014, todas las personas deberán tener una cobertura de salud o hacer un pago cuando presenten su declaración federal de impuestos llamado "pago por responsabilidad compartida".
- Algunas personas están exentas de hacer este pago. Esta solicitud incluye una categoría de exención. Hay otras solicitudes para otras categorías de exención. Usted puede hacer la solicitud para otras categorías de exención cuando presente su declaración federal de impuestos.
- Si usted no va a presentar una declaración federal de impuestos porque sus ingresos están por debajo del límite a partir del cual tiene que declarar sus impuestos, no tiene que solicitar una exención. Si no está seguro, es aconsejable pedir una exención.



¿Quién puede usar esta solicitud?

- **Use esta solicitud si usted y/o alguna otra persona de su familia a efectos fiscales ha experimentado una adversidad que le impida obtener cobertura de salud. Vea una lista de las adversidades en la página 1.**
- Si usted recibe una exención por adversidad, podría calificar para obtener cobertura catastrófica.
- Puede usar una sola solicitud para pedir la exención para más de una persona en su familia.



Qué es lo que necesita para la solicitud

- Documentos que acompañen su reclamación de adversidad (**vea la página 1**). Si no puede obtener estos documentos, llame al Centro de llamadas del Mercado de Seguros, al **1-800-318-2596**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-889-4325**.
- Los números de Seguro Social (SSN) si los tiene.
- Información sobre las personas de su familia.



¿Por qué pedimos esta información?

Pedimos los números de seguro social y otra información para asegurarnos de que su exención se cuente cuando usted presente su declaración de impuestos. **Mantendremos toda la información que nos proporciona en forma privada y segura como lo requiere la ley.** Para consultar la Declaración de la Ley de Privacidad, visite CuidadoDeSalud.gov o vea las instrucciones.



¿Qué sigue después?

Excepto para cancelaciones, envíe su solicitud completa y firmada a la dirección que aparece en la página 4. Nos comunicaremos con usted dentro de 1 o 2 semanas y le diremos si necesitamos alguna otra información. Si recibe la exención, le daremos un Número de Certificado de Exención para que lo escriba en su declaración federal de impuestos. Si no nos comunicamos con usted, visite CuidadoDeSalud.gov o llame al Centro de Ayuda del Mercado de Seguros Médicos al **1-800-318-2596**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-889-4325**. Vea la página 4 para los próximos pasos para cancelación.



Consiga ayuda con esta solicitud

- **En línea:** CuidadoDeSalud.gov
- **Por teléfono:** Llame a nuestro Centro de Ayuda al **1-800-318-2596**.
- **En persona:** Pueden haber asesores en su zona para ayudarlo.
- Visite CuidadoDeSalud.gov o llame al **1-800-318-2596** para información adicional.
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-800-318-2596**.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite CuidadoDeSalud.gov o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al 1-800-318-2596. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.

Categorías de adversidad y documentación

Usted podría calificar para una exención por adversidad si experimenta alguna de las siguientes situaciones:

Número de la adversidad (Anote este número en la casilla 8, en la página 3.)	Categoría	Envíe esta documentación con su solicitud
1	No tiene casa.	Ninguna
2	Ha sido desalojado en los últimos 6 meses o ha estado a punto de ser desalojado o tener ejecución hipotecaria.	Copia del aviso de desalojo o ejecución hipotecaria
3	Ha recibido un aviso de desconexión de una compañía de servicios públicos.	Copia del aviso de desconexión de una compañía de servicios públicos
4	Ha experimentado violencia doméstica recientemente.	Ninguna
5	Ha experimentado recientemente la muerte de un pariente allegado.	Copia del certificado de defunción, copia del anuncio de la muerte en un periódico o copia de otro anuncio oficial de la muerte
6	Ha experimentado un incendio, inundación o algún otro desastre natural o provocado por los humanos que haya causado daños considerables a su propiedad.	Copia del informe policial o informe del incendio, reclamación del seguro u otro documento de una agencia del gobierno, entidad privada o alguna otra fuente de la prensa que documente el suceso
7	Presentó solicitud de bancarrota en los últimos 6 meses.	Copia de la solicitud de bancarrota
8	Ha tenido gastos médicos que no ha podido pagar en los últimos 24 meses.	Copias de las facturas médicas
9	Ha experimentado aumentos inesperados en gastos necesarios debido a la atención de un familiar enfermo, incapacitado o anciano.	Copias de los recibos de los gastos relacionados con la atención
10	Usted espera declarar a un hijo como dependiente para los impuestos, a quien le han denegado la cobertura en Medicaid y el Programa de Seguro Médico para los Niños (CHIP), y una orden judicial exige que otra persona le dé apoyo médico al menor.	Copia del apoyo médico Y copia de los avisos de elegibilidad para Medicaid y CHIP donde se muestre que al niño se le ha denegado la cobertura
11	Como resultado de la decisión de una apelación de elegibilidad, usted es elegible para alguna de estas opciones: 1) inscripción en un plan de salud autorizado (QHP) a través del Mercado de seguros, 2) costos más bajos para sus primas mensuales o 3) reducciones de los costos compartidos por un periodo de tiempo cuando usted no esté inscrito en un QHP a través del Mercado de seguros.	Copia del aviso de la decisión de apelación
12	Se determinó que usted no es elegible para Medicaid porque su estado no expandió la elegibilidad para Medicaid en conformidad con la Ley de Cuidado de salud a bajo precio.	Copia del aviso de negación de elegibilidad para Medicaid
13	Recibió un aviso de que van a cancelar su actual plan de seguro de salud y usted considera que no puede pagar los otros planes disponibles.	Copia del aviso de cancelación
14	Usted ha experimentado otra adversidad para obtener seguro de salud.	Haga el favor de enviar documentación si es posible

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite [CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al 1-800-318-2596. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.

PASO 1 Díganos sobre usted.

(Necesitamos un adulto de la familia que será la persona a contactar para su solicitud.)

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. Dirección de casa (Deje el espacio en blanco si no tiene una.)			3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado [][]	6. Código Postal [][][][][]	7. Condado
8. Dirección postal (si es diferente de la dirección de casa)			9. Número de apartamento o suite
10. Ciudad	11. Estado [][]	12. Código Postal [][][][][]	13. Condado
14. Número de teléfono ([][][]) [][][] - [][][][]		15. Otro número de teléfono ([][][]) [][][] - [][][][]	
16. ¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección de correo electrónico: _____			
17. Idioma preferido hablado o escrito (si no es inglés)			

PASO 2 Díganos sobre su familia.

¿A quién necesita incluir en esta solicitud?

Háblenos de cada persona de la familia que necesita una exención (no incluya a los dependientes que no estén solicitando esta exención para ellos mismos). Si recibe la exención, le daremos un Número de Certificado de Exención con la carta de aprobación. Guárdelo en sus archivos. Necesitará poner este número en su declaración de impuestos cuando envíe la declaración de impuestos.

Complete el Paso 2 para cada persona de su familia, excepto para aquellos dependientes que no estén solicitando esta exención para ellos mismos.

Comience con usted, luego incluya a los otros adultos (estén o no solicitando esta exención) y a los dependientes si quiere esta exención para ellos. Haga copias adicionales de la página 3 y adjúntelas por cada persona adicional. No necesita darnos el Número de Seguro Social (SSN) de los miembros de la familia que no necesitan esta exención. Alguien que pida una exención podría ser elegible para recibir una aunque no tenga un SSN. Mantendremos toda la información que nos proporciona en forma privada y segura como lo requiere la ley. Usaremos Información personal sólo para verificar si es elegible para una exención.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite CuidadoDeSalud.gov o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al 1-800-318-2596. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.

PASO 2

Si va a incluir a más de una persona, haga copia de esta página y complétela.

Complete el Paso 2 para usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos. No rellene este paso para ningún dependiente que no esté pidiendo esta exención para ellos mismos.

1. Primer nombre Segundo nombre Apellido Sufijo

2. ¿Cuál es la relación con usted? 3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) 4. Sexo

/ /

Hombre Mujer

5. Número de Seguro Social (SSN) - -

Si está solicitando una exención para usted y tiene un SSN, debe proporcionarlo. No tiene que tener un SSN para recibir esta exención. Si no está solicitando una exención para usted, el proporcionarnos su SSN puede ser de utilidad ya que esto puede acelerar el proceso de solicitud. Usamos los SSN para cerciorarnos de que si recibe la exención, esta se aplique correctamente a sus impuestos. Si alguien necesita ayuda para conseguir un SSN, llame al **1-800-772-1213** o visite socialsecurity.gov. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778.

6. Díganos sobre la declaración de impuestos federal que piensa presentar.

a. ¿Presentará su declaración conjuntamente con su cónyuge? Sí No

Si la respuesta es sí, nombre del cónyuge: _____

b. ¿Reclamará a algún dependiente en su declaración de impuestos que esté solicitando una exención? Sí No

Si la respuesta es sí, indique los nombres de los dependientes: _____

c. ¿Será reclamado como un dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

Si la respuesta es sí, indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: _____

¿Cuál es su relación con la persona que presenta la declaración de impuestos? _____

7. ¿Usted necesita esta exención?

SÍ. **NO.** Si la respuesta es no, deje el resto de la página en blanco.

Si usted tiene que incluir varias adversidades, haga una copia de esta página para cada una de las adversidades y responda a las preguntas de la 8 a la 11.

8. Use la página 1 para escribir en la siguiente casilla el número de la adversidad que ha experimentado:

9. A menos que usted esté solicitando por la adversidad No. 2 (inelegibilidad para Medicaid) o la No. 13 (cancelación), haga el favor de explicar cómo esta adversidad impidió que usted obtuviera cobertura de salud para el periodo de tiempo para el cual está solicitando la exención:

10. ¿Cuándo comenzó esta adversidad? (mm/dd/aaaa)

/ /

11. ¿Cuándo terminó esta adversidad? (mm/dd/aaaa). Si todavía está experimentando esta adversidad, marque esta casilla.

/ /

Usted tiene que incluir cualquier documento que se describa en la página 1 para la exención que está solicitando. Si no puede obtener los documentos, llame al Centro de Llamadas del Mercado de seguros al 1-800-318-2596.

12. Si es Hispano/Latino, etnicidad (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)

Mexicano Mexicano Americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro _____

13. Raza (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otro Asiático	<input type="checkbox"/> Samoano
	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano	<input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico
				<input type="checkbox"/> Otro _____



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite CuidadoDeSalud.gov o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al 1-800-318-2596. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.

Paso 3 **Lea y firme esta solicitud.**

- Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio lo que significa que he contestado con la verdad a todas las preguntas de este formulario según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a multas bajo la ley federal si proporciono información falsa.
- Sé que debo informarle al Mercado de Seguros Médicos si algo cambia (y es diferente) de lo que escribí en esta solicitud dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ocurra el cambio. Puedo llamar al 1-800-318-2596 para informar de los cambios. Entiendo que un cambio en mi información pudiera afectar la elegibilidad para un miembro(s) de mi casa.
- Sé que según la ley federal, no se permite la discriminación en base a la raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o incapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación visitando www.hhs.gov/ocr/office/file.

¿Qué debo hacer si pienso que los resultados de mi solicitud están incorrectos?

Si no está de acuerdo con los resultados de su solicitud de exención, puede pedir una apelación. A continuación hay información importante que debe tener en cuenta cuando solicite una apelación:

- El Mercado de Seguros Médicos debe recibir su solicitud de apelación dentro de los 90 días siguientes a la fecha del aviso de los resultados de la solicitud.
- Usted puede pedirle a alguien que solicite o que participe en su apelación si usted quiere. Esa persona puede ser un amigo, un pariente, un abogado u otra persona. O puede solicitar y participar en su apelación usted solo.
- El resultado de una apelación puede cambiar la elegibilidad de otros miembros de su familia.

Para apelar los resultados de una solicitud de exención, llame al **1-800-318-2596**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-889-4325**. También puede enviar un formulario de solicitud de apelación por correo o su propia carta solicitando una apelación al **Health Insurance Marketplace – Exemption Processing**, 465 Industrial Blvd., London, KY 40741.

Firme esta solicitud. La persona que llenó el Paso 1 debe firmar esta solicitud. Si es un representante autorizado, podrá firmar aquí, siempre y cuando haya proporcionado la información requerida en el Apéndice A.

Firma	Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
-------	--

PASO 4 **CANCELACIONES SOLAMENTE: Provea este formulario y los documentos al plan de salud.**

Con el fin de recibir cobertura catastrófica, provea este formulario y una copia del aviso de cancelación que haya recibido a la compañía de seguro de salud que ofrezca el plan catastrófico que usted desee.

Usted puede obtener información sobre los planes catastróficos disponibles visitando healthcare.gov/health-plan-information o llamando al **1-800-318-2596**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-855-889-4325**.

TODOS LOS DEMÁS TIPOS: Envíe por correo la solicitud completada y los documentos a:

Health Insurance Marketplace – Exemption Processing
465 Industrial Blvd.
London, KY 40741

Declaración de Divulgación PRA

De conformidad con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, a ninguna persona se le exige responder a la recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para la recopilación de esta información es 0938-1191. El tiempo que se requiere para completar esta recopilación de información se estima en promedio en 16 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunión de los datos necesarios y completar y revisar la información recolectada. Si tiene comentarios relacionados con la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escribanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atención: PARA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite CuidadoDeSalud.gov o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al 1-800-318-2596. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.

Asistencia para Completar esta Solicitud

Puede seleccionar un representante autorizado.

Usted puede autorizar a una persona de su confianza para hablar sobre esta solicitud con nosotros, ver su información y actuar en nombre suyo en relación con esta solicitud, incluyendo obtener información sobre su solicitud y firmarla a nombre suyo. A esta persona se le conoce como "representante autorizado". Si en algún momento cambia a su representante autorizado, debe comunicárselo al Mercado de seguros. Si usted es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, presente evidencia con la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)		
2. Dirección		3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado <input type="text"/> <input type="text"/>	6. Código Postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Número de teléfono (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
8. Nombre de la organización		
9. Número de identificación (ID) <input type="text"/> <input type="text"/>		
Con su firma, usted autoriza a esta persona a obtener información sobre la solicitud, firmarla y a representarlo en todos los asuntos futuros relacionados con la solicitud.		
10. Su firma		11. Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Para consejeros certificados de solicitudes, navegadores, agentes y corredores solamente.

Complete esta sección si usted es un consejero certificado de solicitudes, navegador, agente o corredor que llena esta solicitud para alguien más.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
2. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo	
3. Nombre de la organización	
4. Número de identificación (ID) <input type="text"/> <input type="text"/>	5. Solamente para los agentes/corredores: Número NPN <input type="text"/> <input type="text"/>



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite [CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.